FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

N° 1164

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Denis, Stanislas HERMANS

Né le 7 Août 1932 à Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 8 novembre 1962

LE SARCOME KYSTIQUE DE L'ENDOMETRE

A Propos de Deux Cas Nouveaux

Président : J. PATEL, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1962 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Denis, Stanislas HERMANS

Né le 7 Août 1932 à Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 8 novembre 1962

LE SARCOME KYSTIQUE DE L'ENDOMETRE

A Propos de Deux Cas Nouveaux

Président : J. PATEL, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.
1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
	RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538121_0024

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En hommages respectueux et reconnaissants.

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR A. PIEL

Chirurgien de l'Hôpital de Nevers

qui nous a proposé le sujet de cette thèse et dont l'enseignement et l'exemple nous ont beaucoup enrichi.

En témoignage de notre affectueux respect.

AU DOCTEUR J. CHEVALLEY

qui nous a dispensé généreusement son temps et son savoir et qui nous a guidé avec tant d'esprit scientifique, de compréhension et d'amitié dans l'élaboration de ce travail.

En témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MON AMI GEORGES MOLAS

qui fut le compagnon de mes études.
Avec ma sincère affection.

A MESSIEURS LES MEDECINS ET CHIRURGIENS

du Centre Hospitalier de Nevers

en témoignage de gratitude pour leur
enseignement au cours de notre Internat.

A MES AMIS DE L'INTERNAT

PLAN DE L'ETUDE

I - HISTORIQUE

II - GENERALITES CLINIQUES SUR LES SARCOMES DE L'ENDOMETRE

III - LES OBSERVATIONS DE FORMES KYSTIQUES

IV - LES PROBLEMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

V - CYTOLOGIE ET CULTURES DE TISSUS

VI - DIAGNOSTIC, EVOLUTION, PRONOSTIC DU SARCOME KYSTIQUE

VII - CONCLUSIONS.

oOo

I N T R O D U C T I O N

La connaissance des sarcomes de l'endomètre remonte presque exactement à un siècle avec les travaux de VIRCHOW, parus en 1865. Depuis, de nombreuses publications sont venues enrichir l'étude de cette affection relativement rare.

Toutefois, en dépit de la valeur de plusieurs travaux anciens et modernes il faut dire que les problèmes posés par ces tumeurs sont encore loin de se trouver parfaitement clarifiés. A l'heure actuelle, les opinions se trouvent en effet divisées, tant sur la terminologie, les critères du diagnostic, et la classifications que sur l'interprétation générale des faits observés.

Pour notre part, nous avons été amenés à l'étude des sarcomes utérins d'une manière un peu fortuite. Au cours de notre Internat à l'Hôpital de Nevers, dans le service du Docteur PIEL, nous avons eu la chance de rencontrer un cas de sarcome intra-utérin kystique. Le Docteur CHEVALLEY, qui s'était chargé de l'examen anatomo-pathologique soulignait la grande rareté de cette forme dont il n'avait rencontré encore qu'un seul cas d'ailleurs peu de temps auparavant. Etions-nous en présence de deux observations qui entraient dans le cadre d'une forme déjà décrite ou, au contraire, d'une curiosité clinique exceptionnelle, peut-être même unique ?

Pour le savoir, nous avons entrepris une étude bibliographique de la question.

Pendant un certain temps, nous fûmes en droit de penser que personne n'avait jamais décrit de tels cas.

Toutefois, la mention de cette formes dans l'ouvrage du Professeur PATEL " Nouveau Précis de Pathilogie Chirurgicale " de 1949, nous incita à poursuivre

nos recherches jusque dans les travaux les plus anciens.

Et, en effet, nous avons découvert que TERRILLON, en 1890, avait décrit plusieurs cas de sarcomes kystiques de l'endomètre et qu'il avait même isolé cette forme dans son étude sur les sarcomes utérins, parue alors dans les ANNALES DE LA SOCIETE DE CHIRURGIE DE PARIS.

Ainsi, fort de l'autorité des anciens Maîtres, nos observations personnelles ne prenaient que plus de poids et nous nous proposons ici d'exposer cette forme clinique très peu connue.

Toutefois, afin de rattacher ces cas, d'une manière précise, au chapitre des sarcomes de l'endomètre, nous croyons utile d'en rappeler auparavant l'aspect clinique et anatomo-pathologique, tel qu'il ressort de la lecture des principaux travaux.

Enfin, connaissant la confusion, mais aussi les difficultés auxquelles se heurtent les essais de classification de d'explication pathogénique, nous allons regrouper, en les analysant, les principales conceptions qui se partagent la faveur des auteurs.

Nous tenterons ainsi d'apporter quelques clartés dans cette question complexe.

oOo

HISTORIQUE

La première observation de sarcome de l'endomètre utérin remonte à 1860 avec le cas de l'Allemand Karl MAYER. L'étude anatomo-pathologique en fut faite par VIRCHOW, et c'est en 1865 que celui-ci, ayant réuni quelques observations, donne, le premier, une description macro et microscopique de ces tumeurs.

Il en indique déjà les caractères spéciaux :

- Elles se présentent sous deux formes : polypoïde et infiltrante;
- Leur signe clinique prédominant en sont les hémorragies vaginales;
- Microscopiquement, elles sont habituellement formées de cellules rondes.
- Enfin, elles ont fréquemment tendance à la dégénérescence myxomateuse.

En revanche, il donne peu de précision quant à l'origine endométriale et c'est ainsi que le sarcome de l'endomètre et le léïomyosarcome semblent avoir été confondus.

A la suite de ce travail, divers auteurs enrichissent la littérature de leurs observations et tentent d'individualiser anatomiquement et cliniquement les sarcomes de l'endomètre utérin. Malheureusement, l'imprécision des examens histologiques réalisés avec des moyens encore grossiers rend délicate l'interprétation des faits rapportés. C'est ainsi, qu'en l'absence de critères anatomo-pathologiques précis, le nombre de ces lésions est jugé, très probablement, plus important qu'il n'est en réalité.

En 1890, TERRILLON, se fondant en partie sur des travaux de POZZI et une thèse de RAGIVULE soutenue à Zurich en 1876, publie la première étude

française complète. Il présente 14 cas de sarcomes utérins dont 4 pourraient être rattachés à l'endomètre.

En 1893, CHIARI de Prague publie son rapport sur 144 cas de sarcomes utérins.

AUBRY, dans sa thèse soutenue à Paris en 1896, présente 12 cas de sarcome de la muqueuse utérine, empruntés à des travaux français et étrangers.

Par la suite, les auteurs ont tendance à envisager le diagnostic de sarcome de l'endomètre avec plus de circonspection, mais les opinions ne sont pas identiques.

C'est ainsi qu'EWING (1922), sans mettre en doute l'existence de sarcome de l'endomètre, estime que beaucoup de tumeurs à cellules rondes sont, en réalité, des lymphosarcomes ou des carcinomes très indifférenciés.

VOGT (1923), MOULONGUET et DOBKEVITCH (1930), GOLDSTINE (1935) se rapprochent de cette conception et décrivent des sarcomes indifférenciés.

D'autres auteurs, en revanche, vont définir des critères de l'origine endométriale à partir de l'aspect macroscopique,

- soit que la masse polypoïde ait peu d'extension vers la musculature,
- soit que l'extension à la paroi soit en continuité avec le stroma sarcomateux.

Dans cette conception, s'inscrivent les travaux de PERDRIGE (1911), AUGIER (1912) qui exige en plus pour le diagnostic, l'atteinte des formations glandulaire de l'endomètre, BUNTEN (1925) et WARD (1931).

Enfin, MAC FARLANE (1950) et CORSCADEN (1951) élargissent au maximum le cadre des sarcomes en y mettant des tumeurs extrêmement variées.

Nous citerons en outre, dans cette période où les opinions sont si divergentes :

- les observations d'OBERLING (1930) qui insiste sur la variété de ces tumeurs;

- l'étude, très connue en France de R. MEYER (1930) qui représente un bon "catalogue" de référence;

- l'article de NOVAK et ANDERSON (1937) qui proposent une classification des sarcomes utérins selon l'origine apparente des cellules néoplasiques :

  - muscle ou tissu conjonctif,
  - cellules d'un fibro-myome,
  - muqueuse utérine,
  - vaisseaux sanguins.

- Le travail de COHEN et CRAVOTTA (1948) qui font appel à un phénomène d'anaplasie pour expliquer l'origine des cellules rondes du sarcome utérin.

- Enfin, les continuateurs de la pensée de VIRCHOW que sont MAC DONALD, BRODERS et COUNSELLER, qui considèrent que, seule, la dégénérescence myxomateuse a de l'importance pour affirmer l'origine endométriale, opinion non dénuée de fondement comme nous le verrons.

Plus près de nous, les auteurs ont tenté de clarifier la problème du diagnostic et de la génèse de ces tumeurs.

- BRET, DUPERRAT et DELAVAULT (Thèse de Paris 1951) qui présentent 3 observations originales et 5 empruntées à la littérature, qui semblent valables. Ils confirment l'importance du réseau de Réticuline à mettre en évidence par coloration spéciale comme l'indiquait le premier FIENBERG en 1940.

- Le recherche d'un critère fonctionnel du tissu sarcomateux proposé par LAUMONNIER et ROSSERT (1955).

- L'article de LEGER et KERNAREC que centrent toute leur étude sur les sarcomes de la muqueuse utérine et en donnent une classification largement ouverte aux diverses hypothèses et à partir de données embryologiques.

- De même, DUPAS, élève du Professeur GAUTHIER-VILLARS et de de BRUX, précise les modes de filiation à partir des dérivés müllériens.

- A l'étranger, spécialement aux Etats-Unis, plusieurs statistiques donnent des relevés de nombreux cas. Mais la distinction des diverses formes histologiques fait souvent défaut, et de plus l'origine, soit à partir de l'endomètre, soit à partir de la paroi, est rarement précisé.

Enfin, il convient de citer l'élégante hypothèse d'une cellule indifférenciée, " totipotente". Elle n'est pas l'apanage du sarcome utérin, mais des travaux modernes confirment :

- que la cancérisation peut survenir à un stade très précoce et même sur l'échelle chromosomique,
- que la cellule mésenchymateuse qui va donner l'endomètre a une plasticité considérable, aussi bien dans le sens de la différenciation que de la dédifférenciation.

Tels sont les étapes de la filiation des idées sur les sarcomes utérins et spécialement de celles qui font jouer un rôle plus ou moins importante à l'endomètre dans la génèse de ces tumeurs.

oOo

GENERALITES CLINIQUES

Afin de mieux saisir en quoi se distinguent les observations inédites de sarcomes kystiques que nous présentons, nous pensons qu'il faut maintenant exposer l'aspect clinique général des sarcomes de l'endomètre tel qu'il ressort de la lecture des principaux auteurs.

I - FREQUENCE

Dans l'ensemble, on peut dire que ces tumeurs sont rares.

Nous envisagerons la question de deux points de vue :

1) - Fréquence des sarcomes par rapport à l'ensemble des tumeurs malignes de l'utérus.

Voici quelques pourcentages empruntés aux auteurs dont les séries sont les plus vastes :

NOVAK	= 4,5 %
RANDALL	= 8 %
GOLDBERGER	= 3,5 %
EVANS	= 2,5 %
MAC FARLANE	= 5,5 %
WEBB	= 1,8 %
CROWFORD et TUCKER	= 2,6 %

2) - Fréquence des sarcomes de la muqueuse par rapport aux sarcomes utérins

MEYER	= 1 sur 6
MASSON	= 1 sur 50
COHEN et CRAVOTTA	= 1 sur 16
NOVAK et ANDERSON	= 5 sur 59

L'analyse de ces chiffres amène une constatation :

Dans la première série, lorsqu'il s'agit de chiffrer le nombre des sarcomes utérins, nous trouvons une concordance relative entre les auteurs. Au contraire, la divergence est totale pour le nombre des sarcomes de la muqueuse.

De telles différences proviennent, bien entendu, de la rareté de l'affection, mais surtout, à notre avis, de la difficulté qu'il y a :

- à préciser l'origine endométriale cliniquement et histologiquement,

- et,

Dans la fréquente incertitude du diagnostic, à ne pas céder à la facilité d'un classement à priori.

II - AGE et TERRAIN

Ces tumeurs ont été décrites à tous les âges de la vie,

- depuis 7 mois (NOVAK et ANDERSON)
- jusqu'à un âge très avancé.

L'âge moyen n'a pas été apprécié par tous de la même manière :

- WARD estime qu'elles surviendraient chez la femme jeune.

- BINTEN, VOGT, HANDLEY et HOWKIMS et NOVAK placent le maximum de fréquence aux alentours de la cinquantaine. C'est aussi l'avis de DELAVAULT.

- Pour KIMBROUGH : 75 % des sarcomes qui ne sont pas des fibromes dégénérés apparaîtraient après la ménopause.

- A l'heure actuelle, l'opinion qui semble prévaloir est qu'il s'agit d'une tumeur de la femme d'un certain âge.

En tout cas, dans notre série, l'âge des malades était le suivant :

- 5 cas de CORSCADEN : 32 - 58 - 55 - 46 - 43 ans
- 4 cas personnels : 66 - 71 - 63 - 54 ans.

et 6 fois sur 8 le sarcome apparaît après la ménopause.

Nombre d'auteurs ont recherché des causes favorisantes à l'éclosion de ces lésions. Leurs hypothèses et leurs affirmations, pour n'être pas toujours absolument décisives et contrôlables, n'en conservent pas moins un intérêt certain dans la cadre des théories modernes sur le cancer.

1) - La stérilité

- GUSSEROW (cité par TERRILLON en 1886) remarque une forte proportion de malades stériles : 20 sur 73.

- Sur les 14 cas de TERRILLON, 2 femmes seulement avaient eu un enfant.

- VOGT, en 1923, constate dans la littérature que 36 % des malades sont nullipares.

- HANDLEY et HOWKINS (1937) trouvent sur 40 cas de sarcomes utérins :

19 mullipares
20 femmes n'ayant eu qu'un enfant.

Cette fréquence de la stérilité semble assez particulière au sarcome car les autres variétés de cancer de l'utérus sont plutôt le fait de multipares.

2) - La dysménorrhée

On a souvent recherché des troubles des règles.
DELAVAULT dans ses observations en cite un certain nombre.

En fait, on sait la fréquence et la banalité de ces troubles que peut d'ailleurs expliquer l'incidence du fibrome, très courant dans les antécédents.

3) - Le fibrôme

Il est très souvent noté dans les antécédents. Ce fait peut donner lieu à diverses interprétations, mais une chose semble actuellement bien établie : le risque de dégénérescence sarcomateuse à la suite du traitement du fibrome par les rayons X.

- LACASSAGNE a reproduit expérimentalement l'apparition de sarcome par irradiation du tissu inflammatoire. Ces expériences ont été confirmées par BURROWS et ses associés.

- MAC FARLANE remarque que sur les deux cas de sarcome de l'endomètre qu'il a personnellement observés, les deux malades avaient subi de la radiothérapie.

- DELAVAUT en cite également un cas.

- DUPAS, élève de FUNK-BRENTANO et de BRUX, consacre une thèse à un véritable plaidoyer contre les irradiations des fibrômes.

- Nous avons également retrouvé ce fait dans une de nos observations.

III - LES SIGNES CLINIQUES

On se trouve en présence d'un tableau clinique sans grandes particularités.

Comme le dit le Professeur PATEL, dans quelques cas, seul le microscope fera la preuve du sarcome. D'autres fois, le diagnostic pourra être envisagé cliniquement et singulièrement lorsqu'une personne porteuse d'un finrôme, connu ou non, présente des symptômes nouveaux et qui l'inquiètent :

- perte de sang ou de liquide malodorant;
- douleurs pelviennes, profondes, avec des irradiations très diverses,
- fièvre (39°) intermittente ou continue;
- troubles vésicaux plus rarement - (pollakiurie, dysurie).

Parfois, on a la chances de rencontrer des signes évocateurs mais rares :

- Douleur à la palpation du fond utérin,
- A l'examen au spéculum un polype accouché par le col dont l'aspect très congestif, sphacélé, friable, fait suspecter la nature sarcomateuse.

Ainsi, le diagnostic n'est pas toujours facile.
TERRILLON nous rapporte en 1890 qu'il a pu le poser dans plusieurs cas sur l'existence de la triade pour lui caractéristique :

- écoulement sanguin, abondant, presque continuel;
- augmentation importante du volume utérin;

- Chez une femme ayant atteint la ménopause depuis quelques années.

Mais, à l'heure actuelle, les malades sont vues plus tôt et la pratique de la biopsie et de l'aspiration-biopsie permet souvent un diagnostic plus précoce qu'en 1890 :

En pratique, nous retiendrons qu'un fibrome qui augmente vite et qui paraît se nécroser chez une femme ménopausée est presque toujours synonyme de dégénérescence maligne (Professeur PATEL).

Nous manquons de documents sur les aspects hystérographiques du sarcome de l'endomètre. Nous pensons que les formes kystiques pourraient très bien donner une image multiloculaire étant donné les cavités qu'on a trouvées sur la pièce macroscopique.

Elles pourraient se rapprocher de l'hypertrophie glandulo-kystique ou frapper par leur taille très supérieure.

- dans certains cas, le muscle et la séreuse sont dilacérés, effondrés par le néoplasme. Des greffes péritonéales se développent.

- parfois la masse ressemble à un banal fibrome intra-cavitaire.

- Nous verrons que dans un de nos cas, la lésion endométriale ressemblait à un fibrome interstitiel.

Les métastases se développent dans la base du ligament large, le cul-de-sac de Douglas, la chaîne ganglionnaire iliaque externe, le poumon, le cerveau .....

ASPECT HISTOLOGIQUE

Deux variétés sont classiquement possible :

- sarcome à cellules rondes et

- sarcome à cellules fusiformes,

nous y reviendrons plus en détail au chapitre d'histologie.

IV - EVOLUTION

Il est malaisé de s'en faire une opinion précise.
Beaucoup d'auteurs traitent ensemble le pronostic des myosarcomes, et celui des sarcomes muqueux.

Il semble néanmoins, qu'on puisse retenir la notion d'une latence souvent prolongée des sarcomes de l'endomètre : TERRILLON cite le cas d'une femme qui avait commencé à souffrir et à présenter des pertes sanguines 4 ans avant l'intervention; dans les cas cités par MAC DONALD et BRODERS, le premier symptôme était apparu de 1 à 3 ans avant l'intervention.

Le pronostic post-opératoire est variable : pour la majorité des auteurs, la mort survient en quelques mois par rechute, métastase, et cachexie. Certains ont pu observer pourtant une survie prolongée : VOGT = 17 ans, MAC DONALD et BRODERS une de plus de 3 ans et deux de plus de 5 ans, HANDLEY et HOWKINS ont également observé des rémissions de quelques années.

En revanche, BRET, DUPERRAT et DELAVAULT, dans leur étude des sarcomes du chorion cytogène, se montrent très pessimistes. Pour eux, l'évolution ne dépasserait pratiquement jamais 6 mois à partir du premier symptôme. Dans certaines de leurs observations, l'opération avait été pratiquée dans de bonnes conditions apparentes, alors que le processus néoplasique semblait encore localisé. Même dans ces cas, après une courte phase d'amélioration, ils assistèrent à une généralisation à toute la cavité abdominale, avec ascite, hémorragie et occlusion.

Pour ces auteurs, cette généralisation rapide habituelle serait particulière au sarcome du chorion cytogène. Toutefois, ce qu'ils nous en disent fait penser que les cas qu'ils ont en vue sont des sarcomes peu différenciés, peut-être de souche en réalité plus primitive que le stade cytogène, comme nous le verrons plus loin.

oOo

DEUX OBSERVATIONS INEDITES

DE SARCOME KYSTIQUE DE L'ENDOMETRE .

LES OBSERVATIONS DE SARCOMES KYSTIQUES

Abordons maintenant les deux cas de sarcomes kystiques de l'endomètre que nous avons personnellement étudiés et qui sont inédits. Les observations complètes sont rapportées en annexes (cas I et II), nous étudions ici l'aspect anatomo-pathologique de ces tumeurs.

A l'ouverture de la pièce opératoire, on a trouvé une prolifération encéphaloïde blanchâtre au niveau de la muqueuse endométriale. Dans l'épaisseur de cette masse étaient creusées des cavités kystiques multiples allant de 1 à 8 centimètres environ de diamètre, contenant un liquide transparent, d'allure acqueuse, sans débris nécrotiques et hémorragiques.

Il n'y a pas d'hématomètre, et d'ailleurs le col n'est pas franchement oblitéré. La paroi utérine est respectée avec des régions fibromateuses et d'autres amincies par la tumeur endométriale. Dans les deux cas, il persiste un plan de clivage, le doigt pouvant déceler plus ou moins facilement les masses friables du sarcome. En outre, comme on le voit sur nos clichés en couleur du cas N° 2, la surface du sarcome est lisse et succulente avec des bourgeons papillaires bien réguliers entre les poches kystiques. On a l'impression d'une sorte de très fine membrane maintenant le tissu sarcomateux.

Ainsi l'aspect macroscopique de cette forme clinique est bien particulier et mérite qu'on l'individualise.

L'Etude histologique a été pratiquée par le même anatomo-pathologiste sur de nombreux fragments prélevés en divers points de la tumeur.

Ainsi que le montrent nos documents photographiques, il s'agit de petites cellules qui rappellent parfois celles de l'endomètre et présentent

quelques anomalies nucléaires. Elles sont groupées, soit en amas très denses, soit dissociées par des cavités de taille très variable :

- petites, de quelques microns de diamètre,
- grandes, allant jusqu'à se confondre avec celles qui sont perçues à l'oeil nu.

Ces cavités ont parfois une bordure cellulaire d'allure cubique, de faible épaisseur. Elles sont de taille intermédiaire entre un épithélium séreux et un épithélium prismatique. Les cellules de cette bordure sont semblables à celles du reste de la tumeur. Aucun argument ne permet de dire que ces cavités soient vasculaires, sanguines ou lymphatiques. L'impression est qu'il s'agit d'une bordure néoplasique qui rappelle la bordure libre d'un endomètre.

En examinant de grandes surfaces tumorales, on trouve de loin en loin des organisations glanduliformes à divers stades de différenciation.

Enfin, les colorations spéciales montrent l'existence d'une fine trame de réticuline assez régulière et un peu de glycogène espacé.

Au point de vue de la cytologie, il s'agit de cellules de taille à peu près identique, en nappas ou en grossières travées. Elles sont indépendantes ou avec de très minimes éléments interstitiels.

Il n'existe pas d'amas de cellules à groupement microcytique de VON ALBERTINI. Les anomalies nucléaires et les mitoses sont relativement rares, il n'y a pas de cellules allongées, rameuses ou étoilées.

Au total, on se trouve en présence d'une prolification monotone de cellules rappelant celles de l'endomètre. Il n'y a aucune organisation franchement épithéliale, et nous verrons plus loin en détail, tout l'intérêt qui s'attache à la découverte d'aspects de transition avec des tubes glanduliformes ébauchés, trouvés en des régions distantes les unes des autres.

En résumé :

- Ce sont des tumeurs intra-utérine devéloppées au niveau de la muqueuse;

- Ce sont des tumeurs kystiques;
- Ce sont des sarcomes.

C'est à partir de ce groupe de constatations que nous avons cherché à nous faire une opinion plus précise et plus complète sur ces lésions afin de :

- tenter un classement,
- prévoir l'évolutitivité, donc le pronostic,
- régler ainsi au mieux les indications thérapeutiques.

Nous avons recherché dans la littérature médicale, gynécologique et chirurgicale, dans les études cancérologiques et anatomo-pathologiques des renseignements sur cette forme. Nous avons été surpris de la modicité des constatations de nombreux auteurs.

Naturellement, nous avons d'abord lu l'étude si importante de R. MEYER parue en 1930 dans le HENKE-LUBARSCH, car il est classique de le citer à propos d'un sarcome utérin. Nous avons entièrement traduit son article et nous n'avons pas trouvé mention précise des sarcomes kystiques. Bien plus, l'auteurs n'isole pas nettement la sarcome de l'endomètre comme une réalité possible.

En fait, il nous a fallu remonter à des auteurs anciens pour trouver une étude de cette forme.

TERRILLON fait en 1886 une première communication sur :

Sarcome de la muqueuse utérine et hématomètre où il confirme le cas de PEAN cité dans sa clinique Chirurgicale de 1875-76 et celui de SINETY (Traité de Gynécologie). Puis, en reprenant une série de 14 cas, il fait une étude complète en 1890 et isole, pour la première fois, la forme kystique. (Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris 1890 - page 746 - Sarcomes kystiques page 753).

L'observation de sa malade de 56 ans, de 1886, est complète avec histologie. Nous l'avons résumée en annexe (n° 10).

Nous insistons sur le fait qu'il s'agit de formes kystiques intra-utérines où la masse sarcomateuse semble bien procéder de la muqueuse endométriale.

Nous laissons volontairement de côté la forme beaucoup plus classique décrite pour la première fois par SPIEGELBERG en 1879 de Polype sarcomateux en grappe de raisins qui est l'apanage du sarcome du col (hydropique et papillaire).

Après TERRILLON, nous avons trouvé une Monographie assez complète de WHITRIDGE WILLIAMS de 1894 sur l'Histologie et la Genèse des Sarcomes utérins qu'il avait étudié avec CHIARI, Professeur d'Anatomie pathologique à Prague.

Il y ajoute 2 cas personnels.

La lecture de la première observation montre qu'il s'agit d'un sarcome kystique. Voici ce cas brièvement résumé :

Femme de 47 ans, ménopausée à 43. Pas d'enfant ou de fausse-couche. Evolution en moins d'un an.

Nombreux kystes dans une tumeur gris-blanchâtre de la cavité, indépendants des foyers nécrotiques. Mais l'étude histologique et même seulement les bons dessins de l'article nous apprennent qu'il s'agit de cellules fusiformes avec, çà et là, des cellules géantes à noyau multiples ou monstrueux.

L'auteur pense que ce sarcome a une origine fibro-myomateuse et nous sommes d'accord avec lui. Les travaux modernes, grâce aux différenciations colorimétriques, confirment parfaitement par la seule histologie ce qui n'était qu'une supposition fondée à l'époque sur la macroscopie et les cellules fusiformes.

Par la suite, les mentions des formes kystiques deviennent très rares et nous la trouvons seulement citée parfois en passant (IVANOFF 1898).

A partir de 1910, tout l'intérêt des cliniciens se porte sur l'endométriose et nous avons revu les principaux articles sur ces kystes bénins, parfois volumineux, mais situés dans la paroi, et qui ne se transforment jamais en sarcome.

Plus près de nous, R. MEYER, nous l'avons vu, ne cite que les nécroses hémorragiques et les hématomètres.

MOULONGUET et DOBKEVITCH (1930) n'en parlent pas, non plus que BOUDREUX et DEBOUVRY (1941).

Il faut attendre 1949 pour retrouver à nouveau l'existence de la forme kystique dans la remarquable étude des sarcomes et tumeurs mixtes du Professeur PATEL. Dans " Nouveau précis de Pathologie chirurgicale ". (Tome 6, page 921), il indique parmi les signes macroscopiques, l'existence de lésions kystiques et qui tranchent par leur aspect jaunâtre, translucide, sur le muscle utérin.

L'étude complète de ces sarcomes y est faite avec une clarté et une concision qui ramasse chaque fait et le met à sa place dans un exposé où la clinique pratique garde toujours le premier plan. La lecture de cet article, à la fois complet et condensé, où il n'y a rien d'inutile, où tout est capital, est la meilleure introduction actuellement connue sur cette question complexe d'une lésion rare.

Les trois autres observations personnelles que nous avons jointes à cette étude sont présentées pour servir de points de comparaison avec les sarcomes kystiques.

Il s'agit d'un cas de polype sarcomateux récidivant (Obs. III) et d'un sarcome indifférencié de la paroi utérine étendu au corps et au col (Obs IV) et une tumeur mixte (Obs. V). Les descriptions complètes sont en annexes, nous retiendrons surtout :

- dans les deux premiers cas :
  - l'absence de cavité kystique et d'organisation glanduliforme,
  - l'association des cellules rondes avec des fibres conjonctives fasciculées ou tourbillonnantes.

- Dans le cas III, des cellules à noyaux irréguliers, mitosiques et hyperchromatiques voisinent avec des cellules qu'on dirait en simple hyperplasie, comme dans le chorion d'un polype. Il existe donc un certain polymorphisme cellulaire et des signes de plus grande évolutivité, que la marche clinique confirma rapidement.

- Le cas IV, à cellules hyperchromatiques tout à fait indépendantes, sans réticuline, évolua dans la paroi, le col, la cicatrice vaginale , après ablation avec oedème important des foyers, destruction des éléments voisins fibreux, musculaires et vasculaires. La radiorésistance confirma qu'on avait bien affaire à une tumeur sarcomateuse de la paroi utérine comme l'examen histologique nous le faisait penser, et non à une localisation pelvienne d'une lymphoréticulose.

- Quant au cas V, l'histologie pose moins de questions : il s'agit d'une tumeur mixte associant de vastes zones papillaires de sarcome fibroblastique à un revêtement épithélial malin de type mésenchymateux, à des zones de tissu chondroïde et ostéoïde et à quelques végétations tout à fait semblables à celles d'un épithélioma endométrial différencié banal.

Enfin, nous rapportons en annexe des observations reprises dans le travail de CORSCADEN et qui sont citées d'un point de vue comparatif purement clinique.

oOo

TROIS OBSERVATIONS INEDITES

DE SARCOME UTERIN

OBSERVATION I -

Mme G..... L. 71 ans, entre en Avril 1959 à la Clinique du Docteur PIEL à Nevers pour une volumineuse masse abdominale, évoluant depuis deux ans au moins et n'occasionnant aucune gène ni douleur.

Antécédents :

Familiaux : spondylarthrite ankylosante chez la mère,
un frère asthmatique,
un fils décédé à l'âge de 48 ans de leucémie lymphoïde.

Personnels : passé génital normal,
a eu 3 enfants,
arthrose des hanches et du rachis depuis quelques années.

A l'examen, l'abdomen est le siège d'une masse ferme, indolente, atteignant l'ombilic. Le col est ascensionné, difficile à atteindre. Le diagnostic de fibrome utérin à développement abdominal est posé. L'état général est bon, pas d'amaigrissement, pas d'anémie.

Le volume de la tumeur et l'apparition certaine de troubles de compression dans l'avenir fait décider l'intervention qui est pratiquée par le Docteur PIEL, le 30 Avril 1959.

Compte-rendu opératoire :

- Anesthésie : Viadril (1,55) après prémédication par Largactil et Plégicil.

- Incision médiane, sous-ombilicale.

Le fond utérin est le siège d'une volumineuse masse

- de consistance ferme,
- à surface lisse, régulière,
- de coloration rose-blanchâtre,
- mobile, libre de toute adhérence,
- ne donnant lieu à aucune vascularisation anormale,

- hystérectomie substotale avec drainage aspiratif à travers un col filiforme, étiré,
- Péritonisation complète, suture de la paroi en 3 plans.
- A l'ouverture de la pièce, on découvre une vaste cavité kystique remplie de liquide eau de roche.

Etude hysto-cytologique -

(par le Docteur CHEVALLEY)

Les coupes presque totales du prélèvement montrent bien une formation kystique multiloculaire développée au milieu d'un myomètre collagène et plus fibromateux que myomateux. La paroi des cavités est constituée par des plages de petites cellules, qui rappellent celles de l'endomètre et qui sont groupées soit en amas très denses, d'allure épithéliale tumorale, mais pauvres en anomalies nucléaires, ou bien qui sont dissociées par des petites cavités, d'où procèdent peut-être secondairement les grandes.

L'impression première est qu'il s'agit d'une lésion du chorion cytogène.

Etude complémentaire

L'étude complémentaire, après recoupe et coloration spéciales, confirme l'impression première :

Cette prolifération de cellules arrondies, disposées parfois en nappes anaplasiques, est un sarcome.

Les cellules sont mésenchymateuses et évoquent aussi bien le chorion cytogène normal que celui des polypes , en différant néanmoins par leur prolifération indéfinie, leurs quelques anomalies nucléaires, la non limitation périphérique de la tumeur. Enfin, il existe des zones à organisation réticulée à larges mailles, cribriformes, et aussi des kystes plus importants, liquidiens, dont le développement ne semble pas dû à la nécrobiose.

Evolution

Les suites opératoires sont simples, la malade quitte la clinique le 12ème jour.

Il n'est pas pratiqué de traitement radiothérapique complémentaire.

A ce jours, Mme G..... est bien portante, il ne s'est manifesté aucune récidive.

oOo

OBSERVATION II

Mme T..... B. 67 ans entre à l'Hôtel-Dieu le 16-1-1960 pour des métrorragies.

Antécédents : Mariée, trois enfants, pas de fausse-couche.

- Depuis l'âge de 42 ans : pertes sanguines entre les règles en rapport avec un fibrome.
- Ménopause à 60 ans.
- Hémorragie utérine isolée à 63 ans.

A l'entrée, elle se plaint de métrorragies de sang rouge, sans caillots, abondantes, indolores qui durent depuis 2 mois, mais ont augmenté d'importance depuis 8 jours, s'accompagnant de gêne à la miction.

Elle est anémiée et asthénique.

A l'examen on trouve un très gros utérus mobile, le col est entr'ouvert, les culs de sacs vaginaux souples, sans anomalies.

La biopsie examinée par le Docteur CHEVALLEY donne le résultat suivant :

Toute la biopsie est constituée par une prolifération néoplasique maligne à cellules indépendantes, en nappes oedémateuses et congestives ou bien en grossières travées très riches en mitoses anarchiques et en monstruosités. La nécrobiose hémorragique et la réaction inflammatoire subaiguë de la stromaréaction sont fréquentes. Il n'y a pas d'organisation franchement épithéliale sur ce prélèvement et ces images sont celles d'un sarcome intra-utérin.

Le 6-2-1960, le Docteur CORMIER pratique une hystérectomie totale.

- l'utérus est de la taille d'une citrouille, très fortement vascularisé.
- Deux ganglions de la chaîne iliaque externe sont macroscopiquement envahis.
- l'uretère gauche est anormal, il s'abouche sur le bord antéro-latéral gauche du col utérin fin et pellucide au dessus du détroit supérieur, il est cathétérisable jusqu'à la jonction ilio-pelvienne et sans lumière au dessus.

- Une taille vésicale est pratiquée : l'orifice uretéral droit est net, on le catéthérise au sommet d'une hémibarre interurétérale droite.

- le contrôle histologique extemporané confirme qu'il s'agit d'un sarcome utérin. Le curage ganglionnaire des chaînes iliaques est opéré.

Etude histo-cytologique

Au point de vue technique, les appositions donnent les meilleurs images, ensuite grattage avec étalement, ensuite les frottis simples.

On voit un échantillonnage très varié des cellules malignes qui ont la chromophilie brunâtre spéciale des cellules endométriales, fait important au point de vue discussion sur la filiation normale ou précocement déviée. Leur noyau est clair avec chromatine en gros grains, et la principale anarchie est l'inversion constante du rapport cellulo-nucléaire, mais l'hyperchromatisme est rare.

Evolution

Le 8.2.60 : chute du drain
l'urée monte à un gramme.

Le 11.2.60 : Début de phlébite, puis embolie pulmonaire.
La guérison de cette complication est obtenue en 15 jours.

Le 19.2.60 : Début du traitement radiothérapique complémentaire : les doses faites sont de l'ordre de 4.000 r.

Le 13.8.60 : Anurie brutale s'accompagnant de douleurs hypogastriques violentes.
Le sondage ne ramène pas d'urines.
On fait alors une urétérostomie droite après dégagement de l'uretère d'une masse tumorale adhérentielle qui siège au-dessus du détroit supérieur.

Le 18.8.60 : L'état général est bon.

Urétérostomie fonctionne bien.

La diurèse est de 2 litres par 24 heures d'urines fournies.

oOo

OBSERVATION III

Melle K.... 66 ans consulte en Juin 1957 le Docteur WELTI pour une gène progressive au niveau de la vessie avec pollakiurie et retard à la miction qui ne peut se faire que par compression manuelle de la région sus pubienne. Elle signale en outre des petites pertes sanglantes vaginales depuis 3 semaines.

Antécédents

- A 15 ans : rhumatisme articulaire aigü.
  varices et ulcères variqueux.

- A l'âge de 36 ans : fibrome utérin se manifestant par des méno-metrorragies.

Il fut traité par les rayons X qui amenèrent l'arrêt des hémorragies et aussi des règles.

Par la suite, elle souffre de bouffées de chaleur pendant quelques années.

A l'examen : Etat général satisfaisant,
Pas d'amaigrissement.
Coeur et tension artérielle normaux
Pas d'albuminurie
l'utérus est gros, un peu sensible.

L'intervention est pratiquée le 20 Juin 1957 à la Clinique du Chateau par le Docteur WELTI.

- hystérectomie sub-totale avec ablation des 2 ovaires,
- appendicectomie,
- on ne laisse pas de drainage.

L'utérus est le siège d'une tumeur intra-cavitaire d'aspect nécrotique.

Malheureusement, et pour des raisons que nous ignorons, il ne fut pas pratiqué d'examen histo-cytologique de la pièce opératoire. Ce qui explique sans doute qu'on se soit contenté d'une hystérectomie subtotale.

En fin Septembre 1957 : Reprise des hémorragies.

On découvre un polype sphacélé très hémorragique, friable, mou, végétant dont voici l'examen histologique pratiqué par le Docteur CHEVALLEY :

Les fragments ne montrent plus de structure tissulaire organoïde, et sont constituée uniquement par une prolifération néoplasique de cellules en général assez rondes et volumineuses, mais parfois aussi un peu irrégulières et étirées ou , ailleurs, en des zones soit congestives soit franchement hémorragiques ou proches de la nécrose, faite de petites cellules à noyau sombre.

L'organisation est parfois franchement atypique et indifférenciée, sans ordre défini, et les cellules sont côte-à-côte. Plus souvent elles sont rangées en sorte de vastes plages découpées de fentes vasculaires de même sens. Ailleurs, enfin, se fait jour un aspect sarcomateux avec apparition de fibres conjonctives peu abondantes, mais tourbillonnantes ou fasciculées, assorties de groupements périthéliaux et en rosettes autour des capillaires.

Bien souvent, la cytologie est celle d'une hyperplasie qu'on dirait bénigne. Mais, çà et là, il existe des mitoses et des noyaux plus gros et hyperchromatiques qui complètent l'idée de malignité.

Ces aspects sont ceux décrits par Robert MEYER pour les sarcomes du chorion cytogène dans leur forme diffuse.

Au point de vue pronostic, il faut noter avec VON ALBERTINI l'existence d'éléments microcytiques. En effet il ne s'agit pas ici de fragments qui répondent en totalité à la forme décrite par cet auteur de " sarcomes à cellules rondes riches en éléments mucrocytiques " et la lésion est plus polymorphe, fibroïde, endothéliforme même parfois.

Evolution

La radiothérapie ne fut pas supportée et la malade mourut en Décembre 1957.

oOo

OBSERVATION IV

Mme D.... 57 ans est vue pour la première fois le 21 octobre 1959 pour des hémorragies : - qui durent depuis 2 ans,
- assez irrégulières,
- plus abondantes en position debout que couchée.

A l'examen au spéculum, on trouve 2 polypes du col.

Un premier curettage biopsique ne donne pas de renseignements bien précis. Le 12 Novembre 1959, on pratique un prélèvement sur une zone suspecte du col et sur un des polypes. On découvre qu'il s'agit d'un sarcome.

Examen histologique de la biopsie du 12 Novembre :

Les fragments sont constitués par une prolification cellulaire monomorphe et anaplasique de cellules assez claires, moyennes ou petites, avec de très rares élements multinucléés à protoplasme acidophile.

Les mitoses sont fréquentes.

Il y a peu de monstruosité nucléaire, peu de fibrose et pratiquement pas de stroma-réaction.

Il s'agit d'un sarcome et les renseignements cliniques et cytologiques posent la question de savoir si la tumeur est d'origine cervicale, endométriale ou de la paroi utérine.

Le 25.11.1959 la malade subit une hystérectomie totale.

Examen macroscopique

La cavité utérine est dilatée, remplie par une masse tumorale encéphaloïde, un peu hémorragique au niveau de l'isthme, molle et homogène. La

paroi utérine restante est très aminciée, il n'en reste par endroits que 3 millimètres.

Au niveau de l'exocol, on trouve un polype orificiel suspect.

Examen microscopique

L'histologie est faite sur de nombreux prélèvements.

La tumeur est un sarcome qui possède en partie les caractères constatés sur la biopsie précédente.

On constate que la tumeur est née d'un volumineux myofibrome polypoïde intra-cavitaire, comme le montrent les éléments multinucléés.

Tous les intermédiaires existent entre la paroi myomateuse et les ilôts du sarcome. Les cellules sont allongées ou bien irrégulières comme dans les tumeurs musculaires.

Les colorations spéciales confirment l'origine fibroblastique et myoblastique simplifiée.

Il n'y a pas d'argument en faveur d'une tumeur du chorion cytogène.

Le reste de l'endomètre est resté intact avec une hyperplasie microcytique. Le corps utérin, non envahi est resté fibromateux.

En conclusion : il s'agit d'un fibro-myo-sarcome intra-utérin d'allure polypoïde.

Au niveau du col, on trouve 2 greffes du sarcome mesurant environ 7 millimètres et pénétrant en profondeur jusqu'au contact des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ce qui aggrave le pronostic.

Les annexes sont fibreuses et atrophiques sans envahissement.

Les coupes totales sériées des paramètres montrent à droite une zone suspecte dans une veine, à gauche des lymphatiques contenant des cellules anarchiques et en mitose.

A la suite de cette hystérectomie, la malade subit une irradiation considérable par la Radio-Cobalt.

Néanmoins une récidive survient.

Une troisième biopsie est faite le 7 mars 1960 sur la tranche de section vaginale.

Au point de vue histologique, on trouve une prolification maligne très active. Il existe moins de signes de la série musculaire et une fibrose plus importante, probablement due à la radiothérapie.

Il n'y a pas de signe de limitation nette. Cette récidive malgré l'irradiation a surtout l'aspect d'un fibro-sarcome.

En conclusion, nous sommes ici en présence d'un sarcome non de l'endomètre, mais de la paroi utérine, à évolution rapidement envahissante.

oOo

OBSERVATION V

Mme. M..... 60 ans consulte le Docteur BRUN de Blois en Décembre 1961 pour des sensations de pesanteur hypogastrique avec des pertes vaginales rosées.

Antécédents : Mariée, une fille, pas de fausse-couche.
Ménopausée à 53 ans.

A l'examen : On trouve un utérus globuleux, rétroversé, complètement enclavé dans le petit bassin.

Devant cette symptomatologie, un néoplasme utérin est soupçonné et le Docteur BRUN pratique une hystérectomie totale.

A l'ouverture de la pièce opératoire, on trouve un gros " fibrome " intra-cavitaire.

Examen histologique pratiqué par le Docteur CHEVALLEY :

Prolifération maligne du revêtement endométrial qui associe des structures épithéliales cylindriques, glanduliformes, papillaires et végétantes, à une abondante stroma-réaction fibreuse jeune, d'allure parfois sarcomateuse.

En outre, l'existence non seulement de zones de métaplasie épidermoïde, mais aussi de plages de tissu d'allure chondroïde et ostéoïde pose la question d'une lésion intra-utérine dysembryoplasique antécédente, et il pourrait alors s'agir d'un cancer sur tumeur mixte.

Au point de vue propagation, on note l'envahissement de l'isthme et d'une partie du col, mais l'extension profonde dans la paroi n'est pas visible.

Epithélio-sarcome endométrial avec fibrose et métaplasie.

TROIS OBSERVATIONS DE SARCOME UTERIN KYSTIQUE

EXTRAITES DE L'ETUDE DE TERRILLON - 1890

OBSERVATION VI

Il s'agit d'une femme de 56 ans qui en 1886 avait commencé à souffrir de l'abdomen. M. le Professeur DAMASCHINO consulté, ne trouve qu'une lésion utérine à peine appréciable. Le diagnostic de fibrome utérin au début fut posé.

Mais la masse fit de rapides progrès et en Mais 1890, elle remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde. L'état général est médiocre, l'anémie extrême.

L'examen révèle une tumeur bosselée, solide par places, liquide dans d'autres, faisant corps avec l'utérus qui était repoussé en avant et gênait la miction. Je fis le diagnostic de sarcome utérin avec kystes assez étendus.

Opération : à l'ouverture on découvre une masse énorme dont la surface est parcourue par des veines dilatées. La ponction donne en deux fois 5 litres de liquide noir. Il existe des adhérences avec l'intestin grèle et l'épiploon.

Histologie : Sarcome à petites cellules.

oOo

OBSERVATION VII

En Août 1890, j'ai été amené à voir une femme de 52 ans qui présentaut depuis 12 ans une tumeur fibreuse occupant le fond de l'utérus et donnant lieu à des troubles peu accentués. Depuis 18 mois l'évolution est rapide.

A l'exeman l'abdomen atteint 1,50 m. de circonférence. Au sein de la masse, on trouve des parties nettement fluctuantes.

Le diagnostic de fibrome avec volumineux kystes est porté.

A l'ouverture, les parois de la cavité fluctuante présentaient un épaississement et une vascularisation exagérée. La ponction donna 5 litres de liquide rougeâtre. La tumeur pesait 12 kg.

Après ablation on a trouvé un tissu sarcomateux mélangé de noyaux fibromateux, faciles à reconnaître dans la masse, avec des kystes et des foyers d'épanchement sanguin.

oOo

OBSERVATION VIII

Il s'agit d'une tumeur à peu près analogue chez une femme de 46 ans.

Il existait 3 grandes cavités contenant chacune de 1 à 3 litres de sang.

oOo

CINQ OBSERVATIONS TRADUITES DE L'ANGLAIS

EXTRAITES DE L'ETUDE DE CORSCADEN - 1954

OBSERVATION IX

Il s'agit d'une femme célibataire de 32 ans dont les antécédents demeurent inconnus. Ses règles apparaissent à l'âge de 14 ans et étaient régulières quant à la fréquence, la durée, la quantité et les caractères jusqu'au mois de Novembre 1930. A ce moment survient une augmentation brusque dans la durée des règles qui passent de 5 à 16 jours. Les ménorragies continuent jusqu'en Mai 1931, époque à laquelle on trouve un utérus régulièrement augmenté de volume de la taille d'une grossesse de 10 semaines. Au curettage on sent une irrégularité du fond utérin. Le diagnostic de fibrome sous muqueux est porté. L'utérus était irrégulièrement noduleux et on fit l'ablation au-dessus du vagin. La surface de la coupe montrait deux myomes nettement délimités. L'augmentation de volume de l'utérus était due principalement à une masse de tissu irrégulièrement noduleux qui, sur la surface endométriale, s'étendait jusqu'à la partie antérieure de l'utérus, comme une surface en éventail sans limites précises, de 5 cm de diamètre environ. La surface était finement granuleuse, presque lisse, d'une coloration uniformément grise traversée par des zones hémorragiques provenant plus ou moins de l'endomètre périphérique. La consistance était plus molle que celle de l'utérus environnant mais pas vraiment friable.

Examen histologique

L'endomètre était constitué par une simple couche de cellules cylindriques en dessous de laquelle les glandes apparaissaient normales dans leur siège, leur aspect et leur distribution. Le stroma apparaissait normal. La paroi utérine était composée de plages et de bandes mélangées de muscle lisse et de tissu conjonctif. Eparpillés dans le muscle utérin, se trouvaient des ilots de tissu infiltré, semblable au stroma de l'endomètre mais dont les cellules différaient dans leur siège et leur aspect bien que leur forme en fuseau fût demeurée typique. Le noyau se trouvait placé plus profondément que dans le stroma normal de l'endomètre. On voyait un certain nombre de mitose en quelques endroits, en d'autres pas. Une coupe à travers la masse noduleuse située dans la cavité utérine montrait, en un point, une petite surface recouverte d'une simple couche de cellules cylindriques. La plus grande partie de la masse était indifférenciée et composée de cellules jeunes situées entre les faisceaux de l'endomètre.

Diagnostic

Sarcome à cellules en fuseaux de l'endomètre utérin. Le diagnostic fut confirmé par le docteur Robert MEYER.

La Malade, jusqu'en Mai 1934, ne présente plus de symptômes et ne fut pas examinée. A cette époque, on nota dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, une masse de environ 1 cm de diamètre. Elle était ferme, fixée et de coloration bleuâtre. Elle fut excisée et se révéla de la même nature que la masse utérine originale. A ce moment, la cavité pelvienne était libre.

Dans l'été 1935, elle commença à éprouver une vague gène abdominale et à souffrir d'une évacuation incomplète du contenu intestinal. En Octobre, des signes d'occlusion partielle apparaissent ainsi que des coliques, des nausées, des vomissements accompagnés d'un arrêt des gaz. A l'examen, on découvrit une masse fixée à la paroi gauche de la cavité pelvienne, étendue bien au delà de la ligne médiane et débordant vers l'abdomen. Elle était grossièrement de 10 à 12 cm. de diamètre, de forme irrégulière, noduleuse, dure, et absolument fixée. Les radiographies pratiquées dans 3 positions montrèrent seulement un colon descendant fortement distendu ce qui ne fut pas considéré comme caractéristique d'une occlusion intestinale.

Une urographie intraveineuse montra l'inactivité fonctionnelle du rein gauche. Le diagnostic d'occlusion du sigmoïde avec sténose de l'uretère gauche fut porté. Le 14 Octobre 1935 on pratiqua une sigmoïdectomie au dessus de l'obstruction, laquelle était due à la compression du colon pelvien par la tumeur qui s'étendait également derrière le péritoine dans la région postéro-gauche de l'abdomen.

La malade reçut des séances de radiothérapie du 1er Novembre 1935 au 22 Janvier 1936, en cinq directions : 2 champs antérieurs à l'abdomen, 2 postérieurs et 1 latéral, représentant un total de 10.054 r. mesurés au niveau de la peau. Les générateurs étaient de 200 Kv. l'anode située à une distance de la peau de 80 et 50 cm, avec un filtre de 2 mm de cuivre et 1 mm d'aluminium. Il en résulta une diminution rapide de la masse.

La colostomie fut supprimée et il s'en suivit un transit intestinal normal. Le 5 Mars 1936, la colostomie fut refermée. A ce moment, il ne restait presque rien de la tumeur pelvienne mais, dans la région du rein, il persistait l'induration de petit volume trouvée précédemment, encore limitée cependant. La malade reçut une dose supplémentaire de Rx de 1.042 r. en un champ antérieur et un postérieur.

Elle fut régulièrement suivie et fut admise plusieurs fois à l'hôpital pour une inflammation chronique de la vessie et des infections locales. En 1946, on constata, à l'urographie intra-veineuse, que la lumière de l'uretère gauche avait été restaurée. Il n'existait pas de tumeur ni d'induration abdominale ou pelvienne.

Le 7 avril 1947, elle fut admise avec le diagnostic de grippe. Les signes locaux étaient négatifs, mais il se révéla une leucémie myéloïde qui entraîna sa mort le 29 Juillet 1947.

Voilà un cas de tumeur de l'endomètre avec métastase s'étendant jusqu'à la plaie abdominale, récidive pelvienne, extension rétro-péritonéale le long de la paroi postérieure de l'abdomen jusqu'au rein gauche et qui causa l'obstruction du recto-sigmoïde et de l'uretère gauche. La tumeur disparut par la radiothérapie, la lumière de l'intestin fut restaurée et la fonction du rein gauche rétablie. On n'eut pas la preuve d'une évolution morbide pendant 11 ans quand la malade mourut d'une autre maladie.

oOo

OBSERVATION X

Voici un cas rapporté par Chester BROWN d'une femme âgée de 46 ans qui, en Août 1948, fut admise à l'hôpital Lincoln avec une histoire de métrorragies remontant à 6 mois et un volume utérin correspondant à une grossesse de 3 mois. On fit le diagnostic de fibro-myome et on pratiqua une histérectomie complète et une salpingo-ovariectomie gauche. L'utérus était augmenté de volume d'une manière diffuse par une masse de tissu jaunâtre. La cavité endométriale contenait beaucoup de petits polypes.

L'examen histologique fut exactement le même que dans le cas précésent.

Nous désirons rapporter la suite de l'histoire qui révèle que, en 1939, elle fut opérée pour une occlusion intestinale. Nous la revîmes le 20 Juillet 1940 avec des douleurs dans la partie basse de l'abdomen, amaigrissement, asthénie et constipation. A l'examen, la cavité pelvienne était remplie par une masse s'étendant d'une paroi à l'autre, fixée, noduleuse, dure et légèrement sensible. Il existait une discrète leucocytose. La malade était assez cachectique. Devant cette situation apparemment désespérée, nous pensions devoir l'abandonner à son sort quand l'expérience du cas rapporté plus haut fut connue. Pour cette raison , elle reçut un traitement intensif par les Rx sur le petit bassin, du 7 février au 28 juin 1941. En dépit des inconvénients de la radiothérapie, ses forces revinrent progressivement de telle sorte qu'elle fut capable de se déplacer librement au bout de 3 mois environ. La masse se rétrecit progressivement jusqu'en Juin 1947, sans, toutefois, disparaître complètement. Elle fut examinée pour la dernière fois le 20 Octobre 1949; époque à laquelle, la cavité pelvienne et l'abdomen étaient libres de toute tuméfaction ou induration.

oOo

OBSERVATION XI

Un autre cas est rapporté dans la littérature. Une femme de 43 ans souffrait depuis 5 mois de menstruations excessives. Une dilatation et un curetage furent pratiqués et on admit que cette malade était porteuse d'un fibrome sous-muqueux. A notre examen, l'utérus était symétriquement augmenté de volume comme par une grossesse de 3 mois. La cavité utérine était lisse. l'augmentation de volume de l'utérus était dûe à un myome interstitiel typique qui ne déformait que légèrement la cavité utérine. Ce n'était pas des manifestations bien évocatrices d'une lésion endométriale. Celle-ci fut découverte à l'examen microscopique. Elle était d'un centimètre de diamètre environ et histologiquement identique aux lésions que l'on vient de décrire.

On pratiqua une hystérectomie abdominale complète et une salpingo-ovariectomie. On ne fit pas de radiothérapie post-opératoire.

oOo

OBSERVATION XII

Nous rapportons un autre cas de tumeur d'origine endométriale parce que la prolifération était endométriale mais avec des caractères différents de ceux des cas précédemment cités.

Une femme âgée de 58 ans, ménopausée 1940, ayant eu 9 grossesses dont 3 fausses-couches, commençait à souffrir en Mars 1948, d'écoulement sanguins vaginaux d'importance croissante. A l'intervention le 19 Juin 1948, on pratiqua une salpingo-ovariectomie bilatérale et une hystérectomie totale pour un abcès tubo-ovarien droit de 10 cm de diamètre et une augmentation de volume de l'utérus de la taille d'une grossesse de 10 semaines. La masse tubo-ovarienne était inflammatoire. L'augmentation de volume de l'utérus était due à une tumeur dont les dimensions étaient : 11 cm, 3;5 cm et 2 cm. Cette tumeur polypoïde était fixée à une surface de 4 cm. sur 3, près du fond de la cavité pelvienne. A la coupe, elle était molle, lisse, d'une couleur rose mélangée de gris jaunâtre avec des taches nécrotiques rouge sombre. La tumeur était nettement délimitée d'avec l'endomètre et franchement distincte du myomètre.

Examen histologique

La cavité utérine était tapissée d'une couche mince d'endomètre à surface épithéliale faite de cellules cylindriques. Les glandes et les tubules étaient complètement dispersées, d'aspect déchiqueté et ovalisé et bordées de cellules cylindriques avec un noyau ovale. Le stroma était constitué de cellules à gros noyaux et paraissait le siège d'une infiltration exagérée de lymphocytes et de cellules plasmatiques. Des coupes de l'excroissance polypoïde néoplasique décrite grossièrement, montraient une prolifération anarchique de cellules de tissu conjonctif possédant un long noyau ovale avec de fines granulations de chromatine. Le cytoplasme était réticuleux, faiblement éosinophile et pauvre, et on ne pouvait pas apercevoir de cellule bordante. On voyait quelques images de mitose, des formes en haltère, et des grands noyaux multilobés. Il y avait beaucoup de phagocytes chargés de petites gouttelettes un peu réfringeantes. Il existait un oedème interstitiel et des plages d'hémorragie et de nécrose. Quelques glandes, tout à fait

dispersées, étaient bordées de cellules cylindriques et cubiques avec des noyaux uniformément ronds et un cytoplasme profondément éosinophile. Quelques unes de ces glandes étaient kystiques. Il y avait deux ilots de cartilage et les cellules du stroma adjacent montraient une hyanilisation du cytoplasme. Le myomètre était composé de faisceaux de cellules fibro-musculaires disposées au hasard. Il était nettement distinct du sarcome adjacent à l'exception d'un court prolongement qui envahissait le myomètre.

Diagnostic

Sarcome de l'endomètre avec métaplasie cartilagineuse, endométrite chronique, myomètre normal, cervicite chronique.

La malade reçut la dose habituelle de rayons X pour un cancer du petit bassin. Il y avait une diversité beaucoup plus grande dans l'aspect et le siège des cellules, une disposition plus désordonnée. Les cellules n'étaient pas colorées par l'hématoxyline en bleu fort caractéristique. La présence d'éléments cartilagineux donne à penser que cette tumeur pourrait être classée comme un tératome.

oOo

OBSERVATION XIII

Le cas suivant est rapporté pour confirmer le point de vue selon lequel le stroma sarcomateux d'une tumeur cartilagineuse, en dépit de l'aspect très semblable à celui des tumeurs invasives des cas 1, 2 et 3, ne possède pas de pouvoir d' envahissement et diffère entièrement dans les métastases où elle donne un adéno-carcinome pur.

Une malade âgée de 55 ans, ayant eu 2 grossesses et 2 fausses-couches, dont la ménopause remontait à 1925, présentait une histoire de pertes vaginales qui avaient commencé en 1927 et avaient continué pendant 3 ans avec des hémorragies au début de l'année 1929. Le 12 Mars 1929 on trouve une masse provenant du col, de 6 cm sur 10. Elle était rouge sombre, ferme et nécrosée par endroits. La masse fut extirpée et on trouva un utérus de dimensions normales. Les annexes n'étaient pas atteintes. L'examen histologique de la pièce montra un tissu sarcomateux semblable à celui d'un sarcome de l'endomètre et on porta le diagnostic de sarcome de l'endomètre. Le 20 Mars 1929, on enleva l'utérus, les trompes et les ovaires. L'utérus était considérablement augmenté de volume. Il existait quelques petits myomes. La base de la masse polypoïde, d'environ 3 cm de diamètre, se trouvait localisée dans le fond utérin. Histologiquement, le tissu tumoral, à la base de la masse polypoïde, montrait la présence d'un stroma semblable à un sarcome et intimement mélangé avec un adénocarcinome typique.

Il existait un adéno-carcinome du corps étendu à la base d'une grosse masse en forme de polype entièrement composé de cellules de tissu conjonctif d'apparence maligne qui étaient intimement mélangées avec les éléments du carcinome.

Le 8 mars 1930, un an après l'hystérectomie, on trouva une masse de 3 cm de diamètre à gauche du méat urinaire. Au sommet de la masse se trouvait une ulcération de 1 cm de diamètre. La biopsie montra un adéno-sarcome pur. La malade reçut du 9 Mars 1930 au 13 mai 1930 un total de 2.300 mg. hr. de radium en une plaque de 2,5 cm sur 1 cm. la distance entre le radium et la peau était de 0,5 cm avec un filtre de platine de 1 mm.

Par la suite, elle ne présenta plus aucun symptome au niveau du petit

bassin. En Mai 1935, le vagin était net. Une tumeur de 2 cm. de diamètre fut trouvée au sein gauche. Il s'agissait d'un carcinome isolé du sein dont elle mourut en 1937. A ce moment là, il n'existait aucun signe évident de carcinome du corps.

oOo

LES PROBLEMES ANATOMO - PATHOLOGIQUES

Pour rendre plus clair l'exposé de notre conception histologique du sarcome kystique, il nous parait nécessaire de passer rapidement en revue les grandes conceptions actuelles sur les sarcomes utérins.

A ce jour, quatre conceptions principales se partagent l'appréciation des différentes données.

1) - La description si schématique et claire du Professeur MOULONGUET date de 1930 mais conserve tout son intérêt didactique pratique au point de vue chirurgical et anatomique.

Il distingue quatre histologies :

- tumeur indifférenciée,
- lymphadénosarcome,
- léiomyome malin,
- Adéno-sarcome du col.

Mais il ne réserve pas une place spéciale au sarcome de l'endomètre.

2) - Le très classique article de R. MAYER dans le HENKE-LUBARSCH date de la même époque. L'histologie est très complète, mais il n'établit pas de parallélisme anatomo-clinique ni de classement synthétique des faits. Nous en retiendrons toutefois l'excellente discussion de tout ce qu'il faut entendre sous le nom de chorion cytogène, la très grande place qu'il attribue à l'origine vasculaire du sarcome, enfin ce qu'il dit de l'apparence parfois cytologiquement bénigne du sarcomme endométrial typique.

3) - MAC FARLANE en 1930 publie une belle étude statistique, clinique, anatomo-pathologique des sarcomes utérins.

Nous en retiendrons surtout ici sa conception histogénétique.

Pour lui, il faut distinguer 6 origines possibles à ces tumeurs :

- les cellules musculaires de la paroi utérine,
- les cellules musculaires d'un myome,
- les éléments du tissu conjonctif de la paroi utérine,
- les éléments du tissu conjonctif d'un myome,
- les éléments cellulaires du stroma de l'endomètre,
- l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

D'autre part, il divise les tumeurs endométriales en trois principaux types.

Type 1 : Il comprend tous les sarcomes utérins développés au niveau de l'endomètre, y compris les rhabdomysarcomes et les tumeurs mixtes.

Type 2 : où le sarcome coexiste avec un adéno-carcinome, lorsqu'il existe une limite franche entre ces deux néoformations.

Type 3 : où carcinome et sarcome sont intimement mêlés.

4) - Enfin, les auteurs modernes ont progressivement abandonné les conceptions du sarcome dérivé directement de chacun des éléments tissulaires adultes de l'utérus. Dans ce domaine de la cancérologie comme dans d'autres, le début de la tumeur maligne est recherché dans les structure tissulaires primitives de l'embryon, même s'il s'agit seulement, selon les uns d'une anomalie nucléaire chromosomique très précoce et limitée ou bien, pour d'autres, d'une dédifférenciation cellulaire induite par une altération du noyau.

Dans cette direction de pensée, s'inscrivent des classifications qui accordent une large place au blastème génital (ISIDORE et MEUNIER), et au mésenchyme mullérien.

Un très bref rappel embryologique est ici utile :

On sait que les voies génitales féminines dérivent des canaux de MULLER. Ceux-ci proviennent d'un bourgeon mésoblastique de l'épithélium coelomique à la face externe de l'éminence génitale. Au 4ème mois de la vie embryonnaire, ils se différencient en épithélium cylindrique qui tapisse la face interne de l'utérus et des trompes.

Le myomètre, lui, ne dérive pas des canaux de MULLER, et FOOT a montré qu'il provient du mésenchyme du mésentère postérieur. PEYRON a, d'autre part, précisé que l'endomètre n'était pas un épithélium de type habituel, mais un parathélium mésenchymateux donc capable de ces transformations complexes et répétés au cours du cycle menstruel.

C'est à partir de ces données que le Professeur GAUTHIER-VILLARS a indiqué les différents aspects des mulléro-blastomes.

Le Professeur DELARUE, LAUMONNIER et ROSSERT ont exigé dans ces sarcomes des critères dynamiques et fonctionnels pour affirmer une origine au niveau du chorion cytogène.

Les travaux du Professeur DUPERRAT et de ses élèves mettent en valeur l'importance de la réticuline pour le diagnostic différentiel entre les tumeurs de la paroi et celles de l'endomètre et suggèrent l'étude cytologique qui est commencée ensuite par l'école de BROCA avec de BRUX et DUPAS.

Une revue d'ensemble des problèmes et des conceptions histo-pathogéniques modernes est donnée par le Professeur LEGER et KERNAREC, de Bordeaux en 1957.

Dans le cadre de ces théories récentes, quelles conclusions pouvons nous tirer de notre propre étude ?

1 - Nos cas sont de vraies tumeurs du chorion endométrial, car ce sont des sarcomes dont les cellules possèdent les possibilités plastiques et formatrices qui sont celles du chorion endométrial.

En effet, nous avons vu sur nos coupes, à la condition expresse d'examiner des surfaces multiples, larges, en de nombreux axes, la filiation progressive des cellules rondes, vers les cellules un amas circulaire puis en tubes glanduliformes. Remarquons que, de même qu'au niveau de l'endomètre adulte, il ne s'agit pas de tubes glandulaires, ce mot glanduliforme contient en lui la réserve qu'il s'agit d'un aspect spécial créé par la cellule mésenchymateuse.

D'autre part, il nous semble que le fait de créer des cavités kystiques avec une bordure cellulaire régulière, cylindrique, ne soit qu'une autre réalisation de cette capacité.

Enfin, nous remarquerons que les cellules du sarcome respectent relativement la paroi fibreuse et musculaire du myomètre, à l'instar des cellules de l'endomètre adulte.

Signalons à ce propos que ce sont justement à ces cas où l'on peut apporter la preuve d'une activité plastique formatrice que devrait être, à notre avis, réservé le terme de sarcome du chorion cytogène dont on a parfois abusé.

2 - La coexistence d'élément sarcomateux et de zones d'aspect épithélial pourrait nous donner à penser que ces formes méritent le nom d'épithélio-sarcome.

Nous ne le pensons pas car il nous semble que pour dire épithélio-sarcome, il faut que la fraction épithéliale soit semblable à celle d'un épithélioma de l'endomètre avec ses cellules plus claires et granuleuses, un peu plus grosses, contenant plus d'anomalies chromatiniennes et mitosiques. Ou bien alors qu'il y ait des zones encore plus épithéliales comme celle métaplasiques épidermoïdes qui sont si fréquentes dans les épithéliomas de l'endomètre et en particulier du fond utérin.

Les structures glanduliformes que nous avons rencontrées confirment la nature endométriale de la lésion, mais ne nous autorisent pas à parler ici d'épithlélio-sarcomes vrais.

- Nos cas ne se rattachent en rien aux tumeurs mixtes dont le diagnostic est fait sur la richesse en tissus multiples hétérogènes, plus ou moins bien différenciés, associés à un tissu sarcomateux prépondérant qui, notons le en passant, est , lui aussi, rarement à cellules rondes indifférenciées et en général, à cellules allongées rameuses déjà conjonctives, fibroblastiques.

A ce propos, il faut dire que nous ne souscrivons pas entièrement à l'ordre descriptif choisi par LEGER et KERNAREC qui font pratiquement entrer toutes les tumeurs de l'endomètre dans les tumeurs mixtes simplifiées provenant des capacités globales du mésoblaste mullérien.

A notre avis c'est :

- soit trop dire et créer un vaste cadre où l'on peut placer pêle-mêle toutes les formes en évitant tout effort supplémentaire pour progresser dans ce domaine,

- soit dire trop peu, et il serait alors souhaitable à la suite du Professeur GAUTHIER-VILLARS, de classer les aspects selon la différenciation des constituants en élément mulléríens.

C'est ainsi qu'on peut dire, comme l'ont fait GAUTHIER-VILLARS et DUPAS, qu'il existe des mulléroblastomes mésodermiques et mésoblastiques.

Dans cet ordre d'idée, on pourrait peut-être alors pousser plus loin la possibilité d'identification et séparer trois degrés schématiques, maximum de ce qu'on peut estimer d'après la lecture, non d'une, mais toujours de plusieurs coupes de la prolifération et il serait possible, sans forcer les faits et sans exagérer les nuances, de dire qu'il y a, par ordre de différenciation croissante :

1) - Les mésoblastomes qui groupent les sarcomes les moins différenciés où rien ne permet, devant ces masses uniformes de cellules rondes, indépendantes, sans réticuline, de les rattacher à l'endomètre et même aux canaux de MULLER : ce sont de tels cas qui furent parfois décrits sous le nom de lymphoréticulosarcome de l'endomètre de type syncitial.

2) - Des sarcomes Mulléromésoblastiques où la différenciation cellulaire est plus poussée et les structures évoquent déjà le mésenchyme mullérien. La réticuline apparait, plus ou moins bien organisée, et la différenciation réalise alors le stade dit chorion cytogène.

3) - Les sarcomes Mulléromésodermiques avec des différenciations riches et multiples qui sont celles des tumeurs mixtes classiques, y compris le vrai épithélio-sarcome et les diverses métaplasies aboutissant à des tissus bien différenciés.

Cette classification n'a pour but que de tenter de clarifier une ques-

tion confuse en s'appuyant sur des notions embryologiques sûres et des constatations cliniques et histologiques objectives.

Quant à expliquer cette différenciation, il ne nous semble pas qu'il faille de toute nécessité soutenir avec GUICHARD, cité par LEGER et KERNAREC, l'hypothèse d'un "retour en arrière au stade de la jeunesse, de la fertilité, puis un nouveau pas en avant dans un sens différent du point de départ ". Sans doute cette explication est élégante, mais quels arguments pratiques pouvons nous avancer en sa faveur ? Au contraire,dans cette hypothèse, on devrait trouver selon l'origine de la tumeur des différenciations de plus en plus poussées et des sutures plus complexes dans les métastases que dans la tumeur initiale. D'autre part, par quel mécanisme ces cellules reviendraient-elles au stade de la fertilité ? Avons-nous des observations suivies de ces malades stériles ou au contraire, encore tardivement réglées, des frottis, des biopsies de l'endomètre, des dosages hormonaux permettant une appréciation même limitée des activités hypophysaires, ovariennes et de l'état du récepteur utérin ?

Tant que ces documents feront défaut, il est prématuré d'inventer des hypothèses trop complexes.

En revanche, quelques constatations tirées de nos observations méritent peut-être d'être mise en avant :

Ainsi :

- la ménopause tardive de notre malade, Mme T.B.

- la malformation de son uretère gauche qui s'abouche sur le bord antéro-latéral du col utérin et qui est fin, pellucide, réduit à un tractus mal fermé.

Ces détails signifient l'existence d'une malformation qui s'est individualisée au même moment où s'isolaient les canaux de MULLER de l'éminence génitale vers la fin du 3ème mois embryonnaire. Dès lors, on peut admettre, sans trop forcer les faits, que la ménopause tardive à 60 ans signifie peut-être l'existence d'une anomalie fonctionnelle concomitante de la malformation anatomique. En d'autres termes, il s'agirait d'une dysembryoplasie fonctionnelle dont le sarcome complète le tableau.

Les notions actuelles sur la cancérisation tendent à faire dire ici qu'il y a eu peut-être atteinte d'une cellule initiale de l'embryon en division ou même d'un échelon chromosonique primitif correspondant au secteur uro-génital.

Ici manque la notion de"lignée cancérisable ". En revanche, elle existe ébauchée dans l'observation de Mme L.G. dont un fils est mort de leucose. Elle est fréquemment retrouvée dans les observations plus nombreuses et plus complètes des cancers du col et du corps utérin.

oOo

CYTOLOGIE ET CULTURES DE TISSUS

A - CYTOLOGIE

La dernière décade ouvre l'ère des études cytologiques, à partir des travaux si connus de PAPANICOLAOU puis de SKORR et de leurs épuipes.

On connait assez bien maintenant la cytologie endométriale normale chez la femme.

Depuis longtemps les études de physiologie cellulaire avaient mis l'accent sur l'extraordinaire plasticité des cellules de l'endomètre. On connait les travaux de BINET et VERNES (1927) sur l'inter transformation facile et indéfinie des cellules conjonctives en séreuses, cubiques, et vive versa.

- La mutabilité des cellules de l'endomètre est également importante et a été étudiée plus récemment. De nombreux travaux ont été effectués sur le chorion cytogène visible autour des tubes et cavités de l'endomètre et AMAI (1905) et CULLEN (1908) ont montré l'évolution mensuelle et même déciduale.

Le nom d'Endométriome vient de SCHIKELE 1923.

OBERLING fait la première monographie en 1924.

LETULLE étudie la variabilité du tissu cytogène en 1925. Les mots de chorion cytogène viennent d'ailleurs des études de KOLLIKER et RECKLINGHAUSEN en 1896 et LEGUEUX en 1897 pensent à l'endométriose à l'origine du cancer utérin.

L'Etude cytologique a été faite de deux manières différentes pour l'observation II.

1) - D'abord sur la biopsie utérine après fixation au BOHIN alcoolique et inclusions.

- Les corps ont montré des nappes de cellules sarcomateuses indépendantes avec des noyaux assez clairs, riches en mitoses normales et anarchiques.

La gomme iodée a montré l'absence de glycogène.

2) - Ensuite sur la tumeur intra-utérine fraîche

Nous avons pratiqué des frottis par étalement, par opposition.

On y retrouve les cellules anarchiques, mais il faut noter, à l'aide des colorations cytologiques nouvelles qu'elles possèdent, les mêmes caractères tinctoriaux que les cellules endométriales, anarchie nucléaire mise à part.

oOo

B - LES CULTURES DE TISSUS

Commencées par CARREL et ses élèves, les cultures de tissus prennent leur vrai développement avec la découverte des antibiotiques.

Deux travaux étudient l'endomètre par cette méthode.

FEYRTER vérifie sur les cultures des cellules du chorion cytogène la karyonomie proposée par André THOMAS et indique les aspects très variés et différents que prennent protoplasme et noyau des cellules au repos et en migration.

PAPANICOLAOU et MADI examinent sur 235 cultures le comportement des cellules endométriales humaines : la vie moyenne est de dix jours. Les caractères évolutifs très marqués s'orientent, soit vers l'aspect hystiocytaire, soit vers l'épithélialisation et confirment bien ce que les histologistes, pourtant condamnés aux constatations purement statiques, avaient avancé.

En outre, PAPANICOLAOU remarque la forte vitalité de ces cellules in vitro, presque néoplasique, pourrait-on dire, et pense qu'elle est due à un facteur intrinsèque cellulaire, indépendant des hormones et du milieu.

Ne serait-ce-pas la vérification de cette capacité prolifération propre du chorion cytogène qui, pour PEYRON, a son origine directement dans un parathélium dérivé du bastème mésenchymateux embryonnaire ?

La culture des cellules du sarcome endométrial n'a pas été tentée jusqu'ici, à notre connaissance.

Pour combler cette lacune nous avons fait une première tentative le 6-2-1960, mais, malheureusement, les cellules ont survécu un certain temps, mais ne se sont pas multipliées et ont dégénéré au cours des repiquages successifs.

oOo

MODALITES SPECIALES DU DIAGNOSTIC

Nous ne pensons pas qu'il existe des signes physiques capables de mettre sur la voie du diagnostic de sarcome kystique de l'endomètre. Tout au plus pourrait-on retenir la survenue d'une volumineuse tumeur à évolution lente chez une femme ménopausée.

La biopsie permet le diagnostic de sarcomes en écartant l'épithélioma. Elle montre des cellules qui sont assez proches des éléments endométriaux primitifs et formateurs du chorion cytogène. Exceptionnellement des cavités ou bordures cavitaires pourraient rapprocher des images lacunaires curvilignes de l'hystérographie et faire penser à la possibilité d'un sarcome kystique.

L'aspect opératoire, en revanche, dès l'ouverture évoque la sarcome un tissu turgescent, très vasculaire, d'aspect grisâtre ou encéphaloïde. Dans nos observations, les cavités kystiques étaient visibles à l'oeil nu.

Dans tous les cas, l'examen histologique peropératoire est d'un intérêt essentiel pour poser l'indication d'une hystérectomie totale avec curage ganglionnaire et recherche d'une extension éventuelle aux organes de voisinage.

oOo

EVOLUTION ET PRONOSTIC DU SARCOME UTERIN KYSTIQUE

Les deux sarcomes kystiques que nous avons étudiés ont eu une évaluation relativement lente :

Mme G.... a présenté une volumineuse tumeur utérine, pendant de nombreuses années avant que celle-ci ne donne la moindre gène.

A la suite de l'intervention, qui remonte maintenant à cinq ans, il ne s'est manifesté aucune reprise évolutive.

Mem T.... a souffert de complications veineuses et urinaires mais l'évolution du sarcome utérin semble avoir été stoppé à la suite de l'intervention et de la radiothérapie.

Au total, il apparait que cette forme soit d'évolution plus lente et de pronostic nettement meilleur que les autres sarcomes utérine.

oOo

C O N C L U S I O N S

Au terme de cette étude, nous pensons que l'oubli dans lequel était tombé la forme kystique du sarcome de l'Endomètre depuis TERRILLON est injustifiée.

A la suite de la mention de cette possibilité évolutive par le Professeur PATEL en 1949, nous avons pu voir deux cas de sarcome utérin kystique.

Ils se caractérisent par :

- leur survenue après la ménopause,
- leur développement relativement lent,
- leur localisation limitée à la muqueuse intra-utérine, la progression se faisant aux dépens de la paroi sans pénétration du plan fibro-musculaire,
- leur structure assez proche aussi bien au point de vue histologique que cytologique de l'endomètre adulte.
- on peut les classer tous deux dans les mullérosoblastomes selon les conceptions actuelles dont nous avons étudié le développement historique; et dont nous avons discuté les détails.

Notre contribution personnelle, outre l'apport de ces deux cas kystiques, est faite :

- de trois autres observa tions inédites de sarcome utérin de type différent,
- de la traduction complète des observations de CORSCADEN qui donne les tableaux cliniques essentiels.

Nous apportons aussi :

- des études histologiques complètes avec leur discussion critique des structures,

- une étude cytologique par frottis et apparition des lésions,

- La première tentative de mise en culture de ce sarcome humain et l'analyse des travaux récents sur les cultures de cellules endométriales normales.

Enfin, nous noterons que les deux malades porteuses de ce sarcome kystique de l'Endomètre ont été suivies depuis 1959 et sont actuellement en bonne santé (1962). Le pronostic de cette forme kystique apparaît donc beaucoup plus favorable que celui des autres sarcomes utérins cités en référence.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Pr. J. PATEL

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

1 - AUBRY

Sarcomes diffus de la muqueuse utérine.
Thèse Paris 1896 n° 199 (12 cas) 160 pages.

2 - AUGIER (D.)

Sarcomes de l'utérus et tumeurs à tissus multiples.
La Gynécologie 16.1912 - 213 - 219.

3 - BERANGER (C.)

A propos d'un cas de réticulopathie maligne extensive de l'appareil génital féminin.
Thèse Bordeaux 1955.

4 - BOUDREUX et DEBOUVRY

A propos des sarcomes du corps utérin.
Rev. Chir. 194I. 60 - 142 - 155.

5 - BOUNIOL

Etude anatomo-clinique de 6 sarcomes de l'utérus.
Thèse de Paris 1937.

6 - BRET - DUPERRAT - DELAVAULT

Sur les sarcomes du chorion cytogène.
Copier Gazette des hôpitaux - Revue franç. de Gyn. et obst. 1951. 11.12; 372 - 384.

7 - BRUNTSCH (K.A.)

Histologie du Carcinosarcome de l'utérus.
Zeitblatt. Gyn. 1952. 17.103.

8 - BINTEN (J.C.)

Sarcoma of the utérus.
Surg. Gyn. and obst. 1925. 41. 477.

9 - BURGER

Bull. Soc. obst. et Gyn. 1936 25.274.

10 - CHIARI

Sur 3 cas de carcinome primitif du fond et du corps utérin.
Méd. Jarbücher der K.K.Gesell des Aerste in Wien 1877. 363.368.

11 - COHEN and CRAVOTTA (C.A.)

Sarcoma of the utérus, review of cases of the Elysabeth Steel Hospital.
Am. J. Obst. 5 1948 - 997.

12 - CORSCADEN (J.A.)

Sarcomes de l'endomètre.
Am. J. obst. and Gyn. 61. 1954. 743.754.

13 - COUNSELLER and BUTSCH

Double malignant tumers of the utérus.
Am. j. Obst. and Gyn 31. 1936 - 628.

14 - CRAWFORD et TUCKER

Am. J. of. obst. et Gyn. 1959 - 77 - 286 - 291.

15-DANFORTH (W. C.) EVANSON.

Sarcoma of the utérus.
Am. J. Obst. and Gyn. 59. 3. 1950 - 598 - 608.

16 - DELAVAULT

Sur les sarcomes du chorion cytogène.
Thèse de Paris 1951 n° 160 (63 pages).

17 - DUPAS (M.)

Sarcomes et tumeurs mixtes de l'utérus (23 cas).
(de BRUX et BROCA) - Thèse de Paris 1959 - n° 773 - 87 p.

18 - ERLICH (H.E.)

Mesodermal mixed tumers of the utérus.
Am. J. Obst. and Gyn. 43. 1942. 1026.

19 - EVANS (N.)

Malignant myomata and related tumers of the utérus.
Surg. Gyn. and Obst. 30. 1920. 225.

20 - EWING (J.)

Néoplastic Disease.
2ème Edit. W.D. Sanders C° - 1922.

21 - FEYRTER (F.)

Eléments cellulaires du chorion cytogène de l'endomètre (in archiv. fur Gynak.)
Analyse dans Bull. Fed. Sec. Gyn. et obst. 4. 1958. 2. 230.

22 - FIENBERG (R.)

Endometrial Sarcoma.
Arch. Path. 29. 1940 - 800 - 812.

23 - FLORENTAIN (P.) BERNARD (F.)

Un cas d'épithélio-Sarcome du corps utérin.
Bull. Méd. Soc. Gyn. obst. 1957. 9. n° 2 - 215-217.

24 - FRANKL (O.)

Utérus-cysto mit karcinom -
Zeitblatt für gynäkologie. 1912 - 603.

25 - GABRIELSEN

Epithélio-sarcome Endomètre - histo-pathologie compte-rendu dans Bull. Soc. Franç. Gyn. 1952 - 22 - 353 - 58.

26 - GEORGES (N.), PAPANICOLAOU et MADI.

Comportement des cellules endométriales humaines en cultures tissulaires.
An. J. obst. and Gynec - 1958 - 76 - 601 - 618.
(Article en Français in Bull. Feder. Soc. Gynec et Obst. 1958 - n° 5).

27 - GUSSEROW (A.)

A.J. Obst. and Gyn. 5. 9. 1887.

28 - GRYNFELT

Les myosarcomes.
Bull. Assoc. franç. Etude du Cancer 1925.

29 - HANDLEY and HOWKINS

Sarcomes de l'utérus.
The lancet - Tome 2, page 1180 - 1937.

30 - KELLY (M.A.) and CULLEN (T.S.)

Myomata of the utérus.
W.B. Sanders C° - Philadelphie 1905.

31 - KIMEROUGH (R.A.)

Sarcoma of utérus.
An. J. Obts. and Gynec. 28. 1934. 723.

32 - KLAFTEN et NAVRATIL

Sarcomes de l'utérus et du vagin.
Zeitblatt. Gyn. n° 37 - 1927.

33 - LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU

Traite médico-chirurgical de Gynécologie.
2ème éd. 1898. 892 - 901.

34 - LAUMONNIER et ROSSER

Remarques cliniques et An. path. sur le sarcome du corps utérin.
Semaine des Hôpitaux - Paris (Archives d'Ana-path) 31. 1955
122 - 132.

35 - LEGER et KERNAREC.

Sarcome de la muqueuse utérine.
Gazette médicale de France n° 64 - 9. 1957. 1487 - 1499.

36 - LIEPMANN et FRANCKL

Handbuch der Gesamtne Franenheil Kunde
5.2. 1914.

37 - LISA (J.R.), PAIK, GOIGA.

Carcino-sarc. endométrial composé avec leiomyome et sarcome
épidermoïde cervical.
An. J. Obst. Gynec 1952 - 63 - n° 5. 1162 - 1166.

38 - MAC DONALD , BRODERS and COUNSELLER

Sarcoma of the endométrial stroma.
Surgery Gynec and Obst. 70. 1940 - 223 - 229.

39 - MAC FARLAND

Malignant Myoma.
An. and of cancer - 5. 1935 - 25 - 530.

40 - MAC FARLANE

Sarcomes de l'utérus (42 cas).
Am. J. Obst. and Gynec. 6. 1950 - 1304 - 1320.

41 - MAILLE et DUPERRAT

Sarcome du chorion cytogène.
Jouranl des Pathologistes de langue française. 1959 - 32 - 33.

42 - MANOIL

Sarcomes utérins à cellules rondes.
Am. J. Obst. and Gyn. 65. 4. 1953 - 1123-1128.

43 - MARTIN (J.F.), CABANNE, GABRIEL (N.)

Sur un cas de mullérobblastome.
Arch. An. Path. 1959. 7. 75 - 78.

44 - MASSON (J.C.)

Sarcoma of the utérus.
An. J. OBst. and gyn. 5.1923 - 345-357.

45 - MATHIEU (J.) et VILLEDIEU (P.)

Le sarcome de l'endomètre.
Bull. Feder. Gynec et Obst. 1958 - 10 - 422 - 423.

46 - MEYER (P.)

3 cas de sarcomes de l'utérus.
Bull. de la Société Obst. et Gyn. 4. 1934.

47 - MEYER (R.)

in Honcke - Lubarsch - Handbush der Spezielle pathologischen anatomie and histologie. Berlin julien springer. 1930. Vol. 7. 374.

48 - MOCQUOT et de LANGRE.

Sarcomes du corps de l'utérus.
La Gynécologie 1934. p. 413.

49 - MOENCH (A.) and MECKER (L.A.).

Diffuse Sarcoma of the endometrium.
Ann. J. Obst. and Gynec 30-1935 - 435 - 438.

50 - MOULONGUET et DOBKEVITCH

Sarcomes de l'utérus.
Gynec et Obst. 1930- 204.

51 - MULLER et OBERLING

Deux cas de sarcomes de la matrice.
Gynec. et Obst. 21. 1930 - 411 - 418.

52 - NAEGEZI

Carcinosarcome utérus.
Bull. ass. Gyn. obst. 1950. 2. 50 - 61.

53 - NEEDLES (R. J.)

Polymorphons sarcoma of the utérus.
Am. J. of Cancer 19. 1933 - 364 - 372.

54 - NOVAK (E.)

Text book of Gynecology .
2ème éd. Edit. (The WILLIAM and WILKIN Cie Baltimore) 1944.
330 - 338.

55 - NOVAK (E.), ANDERSON (D.F.)

Sarcoma of the utérus - clinical and pathological study of fifty mine cases.
Am. J. Obst. and Gynec. 1937 - 34. 740 - 761.

56 - OBER and THOWELL

Sarcome mésenchymateux de l'utérus.
Am. J. Obst. and Gynec. 1959 - 286 - 291.

57 - OBERLING

Deux cas de sarcome de la matrice.
Gynec. et Obst. 1930 - 21 - 411 - 418.

58 - PATEL (J.)

Nouveau précis de Pathologie chirurgicale.
Tome VI. 921 - 923.

59 - PERDRIGE

Sarcome de l'utérus.
Thèse Paris 1911.

60 - PIQUAUD

Revue de Gyn. et de Clin. Abd. 9. 1907 - 387.

61 - RAMIREZ, VAZDIVIA et Col.

Considérations sur 2 cas de sarcome de l'endomètre.
Gynecologia y Obstetrica 4. 1956 - 1 à 12.

62 - RANDALL

Am. J. Obst. and Gynec 45. 1943 - 445.

63 - RANKIN (F.W.) and BRODERS (A.C.)

Primary fibro myxochondro-sarcoma of endometrial stroma.
An. J. Surgery 12. 1931 - 74 - 75.

64 - RAYMOND

Sarcome généralisé du corps utérin. Sarcome de la dure-mère.
Progrès Médical 1881. 9. 741.

65 - REEB et OBERLING

Gynécologie et Obstétrique 1929.

66 - REICH (S.B.)

Sarcoma of the utérus. A report of mine cases.
Am. J. Roentg. 1949. 830 - 838.

67 - PECHTER (J.)

Clinique du sarcome utérin.
Zeitschrift Gebk-Gynäk. 1953. n° 135 - 11.212. 227.

68 - SPIEGELBERG (O.)

Sarcoma col li uteri hydro-picus papillaire.
Arch. of Gynäk. 14. 1879 - 178.

69 - TERRILLON

Sarcome de l'utérus.
Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris 1890.
Tome 16. 746 - 761.

70 - VAN CAUVENBERGH

Les sarcomes utérins.
Bruxelles Med. 25 mars 1945

71 - VIRCHOW (R.)

Dic Kromkhoften gescwelsta.
Berlin August hirschwald. Vol. 2. 1864-1865 - 350 - 351.

72 - VOGT

Sarcomes de l'utérus. A report of 30 cases.
Am. J. Obst. and Gynec 1923 - 523 - 529.

73 - WILLIAMS (J.W.)

Contribution to histology and histogenesis of sarcoma of utérus.
An. Obst. and Diseases of wemen and children 29. 1894. 721.

74 - WILMS (M.)

Die Mischgeschwulste der vagine and der cervix utéri.
Leipsig 1900.

75 - WOLFF (J.P.).

Diagnostic des tumeurs intra-utérine.
Compte endus SOc. Fr. Gynec. 1959. 29. 149 - 154.

oOo

agemp

EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18—93
535:18—62